

I would like to help transform mental health care.

J'aimerais aider à transformer les soins de santé mentale.



DONOR INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LE DONATEUR

Mr./M. Mrs./Mme Ms. Dr./Dr

Name/Nom : _____

Address/Adresse : _____

City/Ville : _____

Province/Province : _____

Postal Code/Code postal : _____

Telephone/Téléphone : _____

Email/Courriel : _____

Language preference/Préférence linguistique : EN FR

DONATION / DON

\$25 \$50 \$75 \$100 Other amount/Autre : \$ _____

To/À

Highest priority needs of The Royal/Besoins prioritaires du Royal

I prefer to direct my donation to/Je préfère diriger mon don vers : _____

PAYMENT METHOD / MODE DE PAIEMENT

Visa MasterCard Amex

Card number/Numéro de carte :

Expiry date/Date d'expiration :

Cardholder's name/Nom du titulaire :

Signature/Signature :

Cheque/Chèque

(Please make cheques payable to the Royal Ottawa Foundation for Mental Health/Veuillez libeller votre chèque à l'ordre de la Fondation de santé mentale Royal Ottawa.)

(please circle one/Veuillez encercler la mention qui convient)

This gift is in memory / in honour / in celebration of:

Ce don est fait à la mémoire / en l'honneur / en célébration de :

Name & address of bereaved family/person being honoured:

Nom et adresse de la famille endeuillée/personne honorée :

Name/Nom : _____

Address/Adresse : _____

City/Ville : _____

Province/Province : _____

Postal Code/Code postal : _____

Permission has been provided to share my name and address with next of kin/Je donne la permission de communiquer mon nom et adresse à la famille endeuillée.



Mental Health - Care & Research
Santé mentale - Soins et recherche

Charitable Registration Number/Numéro d'organisme de bienfaisance : 11912 9179 RRO001